FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966

THÈSE

N° 596

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert, René, Charles COLETTI

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 28 août 1938, à Phu Nhuan (Cochinchine)

Présentée et soutenue publiquement le 13 *juin* 1966

INDICATIONS ET RÉSULTATS DU CERCLAGE DU COL

Etude portant sur 52 observations de béance cervico-isthmique

Président : M. LEPAGE, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1966

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert, René, Charles COLETTI

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 28 août 1938, à Phu Nhuan (Cochinchine)

Présentée et soutenue publiquement le 13 *juin* 1966

INDICATIONS ET RÉSULTATS DU CERCLAGE DU COL

Etude portant sur 52 observations de béance cervico-isthmique

Président : M. LEPAGE, Professeur

UNIV. LEIDEN BIBL.

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1966

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

Doyen : Georges BROUET

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
Anatomie et cytologie path.	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Baumann (J.)
Bactériologie et virologie	Tournier (P.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
	Polonovski (J.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux Sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
	Dognon (A.)
	Djourno (A.)
Cancérologie méd. et soc.	Denoix (P.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Embryologie	Tuchmann (H.)
Génétique fondamentale	Lejeune (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Coury (Ch.)
Histologie	Giroud (A.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale	Derobert (L.)
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	Brumpt (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
	Kuss (R.)
	Verne (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
	Bricaire (H.)
	Péquignot (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathol. et thérap. générales	N...
Pharmacologie	Cheymol (J.)
	Levy (Mlle J.)
Physiologie	Bargeton (D.)
	Parrot (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	Cauchoix (J.)
Thérapeutique	Conte (M.)
Thérapeutique appliquée	Lamotte (M.)

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Anatomie pathologique	Nezeloff (Ch.)
Bactériologie	Barbier (P.)
Biochimie médicale	Desgrez (P.)
	Dreyfus (J.-Cl.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Histologie	Coujard (R.)
Parasitologie	Larivière (M.)
Pathologie expérimentale	Loeper (J.)
	Richet (G.)
Physiologie	Dejours (P.)
	Scherrer (J.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
	Roucayrol (J.-Cl.)
	Tubiana (M.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Cliniques :	
— carcinologique chirurg. (Necker)	Redon (H.)
— cardiol. (Broussais)	Soulié (P.)
— cardiol. (Boucicaut)	Lenègre (J.)
— chirurgicales : *Beaujon :* Lortat-Jacob (J.-L.) - *Beaujon :* N... - *Cochin :* Leger (L.) - *Hôtel-Dieu :* Patel (J.) - *Saint-Antoine :* Gosset (J.) - *Salpêtrière :* Sicard (A.) - *Tenon :* Olivier (Cl.)	
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	Merle d'Aubigné (R.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Foch)	Padovani (P.)
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	Dubost (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	Mathey (J.)
— dermatol. (Saint-Louis)	Duperrat (F.)
— endocrinologique (Pitié)	Decourt (J.)
— Génét. médic. (Enfants-Malades)	Lamy (M.)
— gynécologique (Broca)	Huguier (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	Degos (R.)
— maladies des enfants (Enfants-Malades)	Turpin (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	Mollaret (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	Delay (J.)
— malad. métab. (Necker)	Hamburger (J.)
— maladies du sang (Broussais)	Bernard (J.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)
— médicales : *Bicêtre :* Deparis (M.) - *Broussais :* Milliez (P.) - *Cochin :* Brouet (G.) - *Hôtel-Dieu :* Bariéty (M.) - *Lariboisière :* Sèze (S. de) *Pitié :* Dreyfus (G.) - *Saint-Antoine :* Kourilsky (R.) - *Saint-Antoine :* Boudin (G.).	
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	Debray (Ch.)
— médecine infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)

	MM.
Cliniques :	
— médicale propédeutique (Broussais)	Justin-Besançon (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladie de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
— neuro-chirurgie (Pitié)	David (M.)
— neurolog. (Salpêtrière)	Garcin (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :* Lacomme (M.) - *Saint-Antoine :* Merger (R.).	
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	Offret (G.)
— ophtalmolog. (Cochin)	Bregeat (P.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)
— pédiatrie	Mozziconacci (P.)
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	Thieffry (S.)
— pneumo-phtisiologie (Laënnec)	Bernard (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	Michaux (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	Coste (F.)
— stomato. (Salpêtrière)	Dechaume (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	Roux (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
— toxicologique	Gaultier (M.)
— traumat. et orthopédique (R.-Poincaré)	Judet (R.)
— urologique (Cochin)	Aboulker (P.)
— urologique (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau)	Laplane (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	Domart (A.)
— (Lariboisière)	Bouvrain (Y.)
— (Pitié)	Rambert (P.)
— (Rothschild)	Wolfromm (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	Poilleux (F.)

b) Professeurs a titre personnel :

Hématologie	André (R.) Bousser (J.)
Hydrologie et climatologie	Giberton (A.)
Maladies infectieuses	Bastin (R.)
Médecine : Azerad (E.); Bour (H.); Grossiord (A.); Lambling (A.); Launay (Cl.); Payet (M.); Perrault (M.); Siguier (F.); Worms (R.).	
Neuro-chirurgie	Le Beau (J.)
Neurologie	Lhermitte (F.)
Neuro-psychiatrie	Pichot (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	Maduro (R.)
Pédiatrie	Polonovski (Cl.) Royer (P.)
Pneumo-Phtisiologie	Kreis (B.) Meyer (A.)
Rhumatologie	Delbarre (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie .. .. CABROL (Ch.)
Anatomie pathologique .. GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie . .. .. VOURC'H (G.)
Bactériologie .. .. .. CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale . .. CARTIER (P.)
GONNARD (P.)
Biologie médicale .. .. HARTMANN (L.)
Hématologie .. .. .. BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses . .. DUPONT (V.)
Physique médicale .. .. COURSAGET (J.)
GREMY (F.)
Physiologie . .. . GIRARD (Fr.)
Stomatologie .. .. .. CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique .. .. .. CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique .. .. SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.).
Conseillers administratifs : Mlle CHAINTREUIL (G.), M. FAYE (R.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.).

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.).
Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MON ÉPOUSE

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur F. LEPAGE

Professeur de la Chaire de Physiologie et Pathologie Obstétricales
à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse.

Vous voudrez bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour l'enseignement que vous nous avez prodigué.

A Monsieur le Docteur J.-P. GUILLAUMIN

Gynécologue-Accoucheur
de la Maternité de Saint-Denis (Seine)

Qui nous a suggéré cette thèse.

En témoignage de reconnaissance de nous avoir accepté comme interne dans son Service et de la sollicitude qu'il nous a toujours manifestée.

A Monsieur le Docteur J.-H. RAVINA

Chef de Clinique à la Faculté

Qui a bien voulu nous aider dans l'élaboration de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'esprit de notre amicale reconnaissance.

A Monsieur le Docteur P. BONNET

Professeur de Clinique Obstétricale
à l'Ecole de Médecine de Caen

Qui nous a initié à cette spécialité et nous l'a faite aimer.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur Agrégé P. MORIN

Monsieur le Professeur Agrégé A. DEHOUVE

Monsieur le Professeur Agrégé J. PERROTIN

Monsieur le Professeur Agrégé M. DEPARIS

En reconnaissance pour leur enseignement.

INTRODUCTION

De nombreux travaux ont été consacrés aux béances cervico-isthmiques depuis la description complète de ce syndrome par Messieurs LACOMME et PALMER, en 1948.

Le cerclage du col, proposé par SHIRODKAR comme traitement des béances cervico-isthmiques, eut rapidement l'adhésion de la plupart des obstétriciens ces dernières années. Il y eut certes des succès mais aussi bien des échecs. En effet, cette intervention est devenue actuellement d'une simplicité et d'une innocuité telles qu'elle est trop facilement proposée.

Dans notre travail, nous nous proposons d'étudier une série de 52 observations recueillies à la Maternité A. PINARD durant ces six dernières années pour un total de 14 400 accouchements, soit environ 0,4 %.

De ces observations, nous essaierons de déduire les indications actuelles, puis d'étudier les échecs et enfin d'élargir les indications même lorsque la béance n'est pas prouvée ou même douteuse.

Ce travail comportera d'abord un bref rappel historique du syndrome ; puis une deuxième partie comportera un exposé rapide des différentes techniques de cerclage utilisées dans le Service. Nous présenterons ensuite les observations et nous terminerons par quelques remarques sur certains cas de cerclage d'indication discutable certes, mais valables pour la poursuite de la gestation.

HISTORIQUE

— I —

La béance cervico-isthmique est isolée depuis longtemps du point de vue clinique.

Tarnier, Budin et Olhausen signalent, dès 1870, que les déchirures du col peuvent favoriser l'expulsion de l'œuf avant que le fœtus ne soit viable.

Schwartz, en 1886, en rapporte un exemple caractéristique : il s'agissait d'une déchirure du col après forceps ; cinq grossesses ultérieures s'arrêtèrent entre le cinquième et le sixième mois avec un col franchement ouvert permettant d'atteindre le pôle inférieur de l'œuf. La réparation de la déchirure permit alors de mener à terme deux nouvelles grossesses.

Puis Guibout, en 1900, dans sa thèse inspirée par Pinard, met en valeur les conséquences abortives des « béances du col ».

Plus récemment, Douay rapporte, en 1948, une observation caractéristique de déchirure du col jusqu'à l'isthme dont la réparation mit fin à une série d'avortements.

Mais il faut attendre les travaux de Palmer et Lacomme, en 1948, pour individualiser le syndrome avec son étiologie, ses manifestations cliniques et son traitement.

A partir de cette époque, on assiste à une vague de publications. Citons tout d'abord les noms de Payan (Lyon, 1949), de Rakos (1949), Moron et de Chartier (Paris, 1952), dont les thèses apportent une contribution fondamentale dans l'étude de ce syndrome.

Enfin, le rapport de E. Hervet et J. Huguier, au XIX[e] Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique (Nancy, 1961), fait le point clinique et thérapeutique de la question.

Parmi les travaux étrangers, il faut signaler ceux de Lash, Barnes, Danforth, Asplund et Shirodkar. Ce fut ce dernier qui proposa le cerclage cervico-isthmique.

— II —

Quant à l'étape thérapeutique de la béance cervico-isthmique, si elle fut décalée par rapport à la clinique, elle prit cependant un essor plus rapide.

1) Les premières techniques en date furent les trachélo-isthmoplasties préconisées par Palmer. Elles étaient réservées en général aux cols largement déchirés, ouverts sur toute leur profondeur. La suture se fait en général en deux plans après avivement des bords cicatriciels. Malgré les succès d'un tel type d'intervention, on a incriminé à juste raison ses conséquences hémorragiques et infectieuses, et ses risques obstétricaux.

2) Puis, sous l'impulsion de Lash (1950), virent jour les trachélo-isthmorraphies. Elles étaient réservées aux béances par déhiscence et rupture interstitielle de la région isthmique sans cicatrice évidente. Le procédé réalise une plicature de la zone déhiscente par une série de points superposés, qui rapprochent les tissus intacts en avant de la zone faible. De telles interventions assez complexes et délicates nécessitaient, en cas de grossesse ultérieure, l'intervention par césarienne pour éviter de détruire les résultats de l'intervention. D'où une certaine limitation du nombre des grossesses.

— III —

La troisième période est celle des cerclages cervico-isthmiques. Ce fut Shirodkar qui, le premier, eut l'idée de verrouiller le col afin de retenir l'œuf dans l'utérus. Il utilisa pour ce faire des bandelettes aponévrotiques.

Depuis, avec Palmer, Mac Donald, Hervet, les techniques se sont considérablement simplifiées et on utilise actuellement pour resserrer la filière cervico-isthmique des fils non résorbables de gros calibre.

Quant à la disposition des fils et le niveau du cerclage, ils sont variables selon les auteurs.

LE DIAGNOSTIC DE LA BEANCE

Il se pose à deux étapes différentes :

— soit pendant la gestation ;

— soit en dehors de celle-ci.

I. — EN DEHORS DE LA GESTATION

Il est en général facile à établir et repose sur trois ordres de critères d'inégale importance :

- **Le premier est d'ordre clinique**

C'est l'existence dans les antécédents d'accidents obstétricaux évocateurs :

— Tout d'abord, ce sont les accouchements prématurés de fœtus vivants, particulièrement rapides.

Sur 52 observations, nous en dénombrons 13 dont 4 avaient eu au minimum 2 accouchements prématurés dans les antécédents (*obs. n^os 9, 12, 13, 29, 51*).

— Puis des antécédents d'avortements spontanés tardifs à répétition (6 cas pour les 52 observations). Ces avortements se produisent généralement au cours du deuxième trimestre de la gestation et plus particulièrement entre quatre mois et demi et cinq mois et demi. Mais presque toujours il y a expulson d'un fœtus vivant.

Ces avortements sont très caractéristiques, outre l'expulsion de fœtus vivants, ils sont *rapides* (*obs. n° 44*) et relativement *indolores*. De plus, on note la rupture fréquente des membranes qui, le plus souvent, précède l'apparition de contractions utérines ou surviennent au début de celles-ci.

Plus particuliers sont les antécédents d'interventions sur le col. Nous en trouvons 5 cas répartis ainsi :

— Amputation du col ayant lésé le sphincter (*obs. n*^{os} *19* et *49*).

— Dilatation forcée du col, motivée par une intervention utérine pratiquée par voie basse notamment pour synéchie utérine (*obs. n*^{os} *17 et 46*), ou curetage dont nous n'avons relevé aucun cas.

— Incisions du col notamment pour dystocie cervicale (*obs. n*^{o} *42*).

Certains auteurs signalent l'existence de troubles gynécologiques (Schebat, *Thèse*, Paris, 1964) divers tels que stérilité, ménorragies.

• Le deuxième critère est radiologique

La béance est objectivée par l'hystérographie. En effet, sur les clichés on observe un élargissement du canal cervical. On considère en général qu'il y a béance lorsque le diamètre du canal est supérieur ou égal à 8-10 mm. De plus, lors du cliché d'évacuation, on voit que le liquide de contraste quitte rapidement la cavité utérine. Le diagnostic, grâce à ce critère, ne fut porté que douze fois seulement, ce qui est peu. Ceci s'explique par le fait que les femmes ne se sont pas fait suivre régulièrement, notamment après les accidents.

D'autres auteurs (E. Hervet et Trocellier), utilisent un procédé particulier d'hystérographie pour le diagnostic de la béance, il s'agit d'une hystérographie manométrique, consistant à prendre des clichés après avoir introduit dans l'utérus un ballonnet souple, vide, relié à une sonde. Ce ballonnet est rempli de produit de contraste sous contrôle manométrique. Les images du canal cervical sont meilleures, car il n'y a pas de fuite du liquide de contraste. Cette technique ne fut utilisée que deux fois.

• Le dernier critère est instrumental

On s'accorde à dire qu'il y a béance cervico-isthmique lorsque, en phase lutéale, on arrive à introduire sans difficultés et sans forcer le sphincter interne, une bougie de Hégar n° 8. Lors de cette manœuvre, on ne perçoit plus de ressaut caractéristique du franchissement de l'orifice interne.

Cette exploration doit être faite loin de la période du post-partum, car les statistiques prouvent qu'il y a environ 30 % de béances dans le post-partum.

Pour d'autres auteurs (Bergman Rubovitz, Cooperman, Lash), le diagnostic peut être porté en étudiant la résistance de l'orifice cervical

interne par la mesure de la force de traction nécessaire pour retirer un ballonnet rempli de liquide préalablement introduit dans l'utérus. Lorsque cette pression est inférieure à 300 g, on peut parler de béance.

II. — PENDANT LA GESTATION

Le diagnostic est plus délicat. Les signes sont beaucoup plus discrets, et pour affirmer le diagnostic, on devra se contenter des seules données cliniques puisque toute exploration endo-cervicale est interdite, sauf le toucher vaginal et l'examen au spéculum. Il est donc nécessaire de suivre très régulièrement les femmes enceintes et, *a priori,* celles qui ont des antécédents d'avortement à répétition précoces ou plus particulièrement tardifs.

En cours de gestation, c'est surtout après le troisième mois, lorsque l'utérus a perdu son angulation et que la pression de l'œuf s'exerce directement sur la région cercico-isthmique, que les signes attirent l'attention sur une béance.

Mise à part la constatation d'une déchirure cervicale se propageant très haut vers l'isthme où le diagnostic est évident, ces signes peuvent être :

— Soit un col qui se raccourcit progressivement à des examens successifs : manifestations discrètes qui prennent toute leur valeur surtout chez une primipare.

— Soit un canal perméable sur toute sa longueur et où le toucher vaginal permet de sentir le pôle inférieur de l'œuf.

— Soit un col largement perméable avec une hernie amniotique pouvant affecter plusieurs degrés : soit une poche des eaux affleurant l'orifice externe du col ; soit une poche des eaux bombant dans le vagin.

Toutes ces manifestations cliniques sont isolées et ne s'accompagnent ni de contractions utérines, ni de métrorragies, du moins en dehors de la phase d'expulsion.

Nous verrons ultérieurement que le cerclage, effectué dans de telles conditions, sera le plus souvent voué à l'*échec*.

EN RESUME

Sur nos 52 observations, le diagnostic de béance fut porté :

1) En dehors de la gestation : 37 fois :
   — sur les critères radiologiques : 12 fois ;
   — sur les critères cliniques :
      — d'avortements tardifs : 6 fois ;
      — d'accouchements prématurés : 13 fois ;
      — d'intervention sur le col : 5 fois ;
   — sur le critère instrumental : 1 fois.
2) Pendant la gestation : 10 fois.

TECHNIQUES DE CERCLAGE UTILISEES

Nous n'exposerons ici que les techniques utilisées dans le Service, c'est-à-dire les cerclages cervico-isthmiques. Quant aux autres techniques, les trachéo-isthmoplasties et les trachéo-isthmorraphies, elles ont été exposées au chapitre historique.

• Première technique

La première, la plus simple et la plus largement utilisée dans nos observations, est celle de E. HERVET (voir *schéma I*). Nous ne ferons que citer l'auteur lui-même :

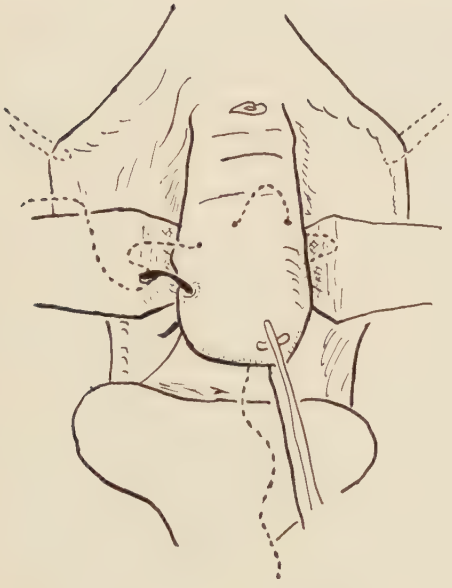
> « Le cerclage est pratiqué à l'aide d'un fil de nylon acapillaire n° 6 à la limite supérieure de la portion intravaginale du col. Le fil est passé en bourse autour du col à l'aide d'une aiguille de Reverdin en formant quatre à cinq sétons qui prennent très superficiellement la muqueuse cervicale. Le fil reste donc visible en plusieurs points, il est modérément serré. Les fils sont coupés à 2 cm pour être aisément retrouvés. » *

Outre sa simplicité, cette méthode a l'avantage d'être rapide et de nécessiter peu de matériel. De plus, le décerclage en début de travail est aisé puisque le fil n'est pas enfoui.

Signalons que parfois nous avons remplacé l'aiguille de Reverdin par une aiguille sertie de nylon à grande courbure.

(*) In *Revue du Praticien*, t. XI, n° 15.

1) Méthode de E. Hervet



- A. vue de face.

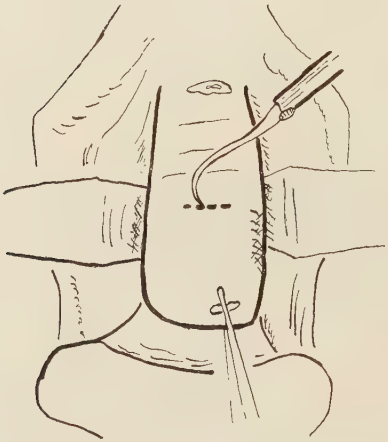
B. Coupe du col montrant la situation du fil.

- **Deuxième technique**

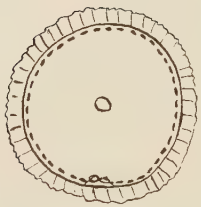
Une deuxième technique utilisée est celle dérivée de GREEN-ARMYTAGE et MAC CLURE BROWNE (*schéma II*).

Elle consiste à pratiquer une minime colpotomie antérieure et postérieure. Les fils de nylon n° 3, en général, sont passés de l'une à l'autre à l'aiguille de Reverdin en contournant le bord latéral du col sous la paroi vaginale. Les fils sont noués en arrière pour ne pas irriter la vessie. Fermeture de la colpotomie antérieure et postérieure au catgut 00. En début de travail, le fil de nylon que l'on sent bien à travers la muqueuse du canal endo-cervical est sectionné assez aisément.

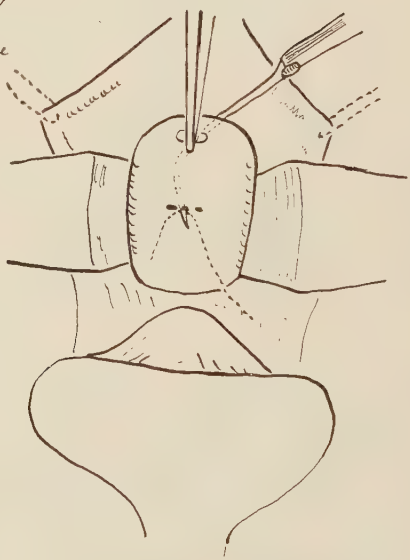
2) Avec colpotomie antérieure et postérieure



A. Colpotomie antérieure

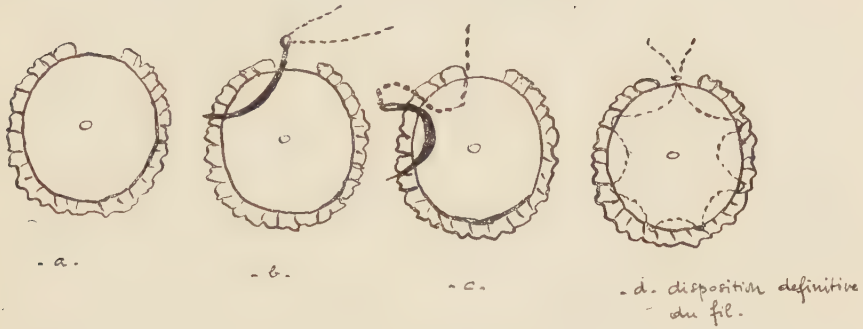


C. Disposition du fil.



B. Colpotomie postérieure et passage du fil.

3) Technique de Lacomme et Palmer



- **Troisième technique**

Plusieurs fois fut utilisée la technique de M. LACOMME et R. PALMER (*schéma III*) :

« Colpotomie antérieure transversale puis refoulement de la vessie. Passage à l'aiguille de Deschamps d'un fil de nylon et contre-incision postérieure.
« Serrage du nœud en arrière sur une bougie de Hegar n° 5. Fermeture de la colpotomie au catgut n° 00 ». *

Toutes ces techniques ont pour avantages certains :
— outre leur simplicité,
— leur rapidité d'où une anesthésie générale de courte durée ;
— un décerclage facile en début de travail.

Signalons en outre que :
— Les fils furent toujours bien tolérés.
— Les suites opératoires furent toujours simples et nous n'avons jamais observé de phénomènes infectieux ou hémorragiques.
— Nous n'avons jamais dû passer par la voie haute lors de l'accouchement (contrairement aux résultats de GREEN-ARMYTAGE).
— Nous n'avons jamais observé dans le déroulement du travail après le cerclage, la dystocie cervicale que bien des auteurs signalent comme assez fréquente.

(*) In *Thèse* de L. TIAR, Paris, 1964.

OBSERVATIONS

• OBS. N° 1 : *Mme TA... Amparo,* vingt-sept ans.

Antécédents :

— En 1949 : F.C. spontanée de trois mois suivie de curetage.

— En 1953 : avortement môlaire ? Pas de dosages hormonaux. Expulsion d'un fœtus de 550 g suivie d'un curetage.

— En 1957 : F.C. spontanée de trois mois suivie d'un curetage. Une hystérographie pratiquée trois mois après objective une béance isthmique.

— En 1959 : nouvelle gestation dont le terme est prévu pour le 10 décembre.

— Au troisième mois : utérus normal pour l'âge de la grossesse ; le col est long, déhiscent ; les dosages hormonaux sont normaux.

— Au cinquième mois : utérus de volume normal. B.D.C. +. Col court ouvert. Les dosages hormonaux sont normaux. On décide de pratiquer un cerclage par faufilage d'un fil de nylon n° 4. Les suites opératoires sont normales.

— A huit mois deux tiers : dès l'apparition de contractions utérines, on procède à l'ablation du cercle. Expulsion d'un garçon vivant et pesant 4.310 g. Une révision utérine est pratiquée pour délivrance douteuse.

Au total : Bien que les antécédents ne soient pas démonstratifs, il s'agit bien d'une béance (prouvée par la radio). Succès du cerclage.

• OBS. N° 2 : *Mme MO... Georgette.*

Antécédents :

— En 1950 : forceps à terme. Déchirure cervicale.

— En 1951 : accouchement prématuré à six mois et demi.

— En 1959 : nouvelle gestation.

— L'examen du troisième mois montre : utérus de volume normal pour l'âge de la gestation. Un col déchiré à 2 h.

— Au quatrième mois : col largement perméable ; on effectue un cerclage par deux fils.

L'accouchement a lieu à terme par les voies naturelles : garçon vivant de 4.000 g.

Au total : La béance est certaine et d'origine traumatique. Succès éclatant du cerclage.

• OBS. N° 3 : *Mme BO... Josette,* vingt-huit ans.

Antécédents :

— Deux F.C. spontanées dont la date n'est pas précisée.

— Une hystéographie pratiquée quelques mois après montre une béance de l'isthme.

— En 1960 : troisième gestation. Un cerclage est effectué à cinq mois et demi. La parturiente quitte le Service et nous apprenons qu'elle a accouché dans un autre Service, au terme de sept mois, d'un garçon vivant pesant 1.750 g.

Au total : Il y a bien une béance. Le cerclage bien qu'ayant été effectué tardivement, a permis de gagner un mois et demi et d'obtenir un fœtus vivant. Nous le classerons comme un demi succès.

• OBS. N° 4 : *Mme DU... Philippine,* vingt-huit ans.

Antécédents :

— En 1953 : F.C. spontanée à cinq mois.

— En 1954 : F.C. spontanée à quatre mois et demi.

— En 1955 : F.C. spontanée à quatre mois et demi.

— En 1958 : F.C. spontanée à cinq mois.
Signalons que toutes ces F.C. ont abouti à l'expulsion de fœtus vivants.

— En 1959 : une hystérographie est pratiquée, montrant un utérus à éperon, mais on ne sait s'il y a béance. Une intervention, type Strassman, est pratiquée. Quelque temps après, elle débute une cinquième gestation. La parturiente est vue au quatrième mois et l'examen montre un utérus de volume normal pour la date de la gestation, mais il est contractile. Le col est court, perméable aux deux orifices. Les dosages hormonaux sont normaux. Un cerclage est effectué à quatre mois et demi. Les suites opératoires montrent la persistance de contractions utérines, mais le col est fermé.

A cinq mois et demi : avortement inéluctable aboutissant à l'expulsion d'un fœtus vivant pesant 700 g qui meurt une heure après.

Au total : Il s'agit certainement d'une béance du fait :
— des antécédents d'avortement tardifs ;
— de la malformation utérine.
Le cerclage, effectué sur un utérus contractile, fut un *échec.*

• OBS. N° 5 : *Mme BA... Michèle,* vingt-six ans.

Antécédents :

— En 1955 : accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 3.300 g.

— En 1956 : électrocoagulation du col. Puis une deuxième gestation qui aboutit à une F.C. spontanée de deux mois suivie de curetage.

— En 1957 : F.C. spontanée de deux mois qui est curetée.

— En 1959 : accouchement naturel à huit mois et demi d'une fille pesant 3.000 g (mais signalons que la femme a dû observer un repos complet durant toute sa gestation). Quelques mois plus tard, une hystérographie manométrique avec ballonnement confirme la béance.

— En 1960 : cinquième gestation.

— Au deuxième mois, on note un col fermé à l'orifice interne, ouvert à l'orifice externe et quelques métrorragies. Un traitement hormonal est institué malgré un bilan normal. Le cerclage est effectué à trois mois et demi avec des suites opératoires normales.

— A huit mois et demi : ablation du fil de cerclage en début de travail. Accouchement très rapide (deux heures de travail) d'une fille pesant 3.700 g. Une délivrance artificielle pratiquée pour début d'hémorragie montre un petit côté des membranes inférieur à 10 cm.

Au total : La béance est certaine, basée sur les critères radiologiques. L'action du cerclage quoique non démonstrative a permis de mener la gestation au voisinage du terme, donc succès.

• OBS. N° 6 : *Mme BA... Michèle,* vingt-huit ans.

Antécédents :

— En 1955 : accouchement normal à terme. Fille de 3.300 g.

— En 1956 : électrocoagulation du col. Puis deuxième gestation qui aboutit à un avortement spontané de deux mois suivi de curetage.

— En 1957 : F.C. spontanée de deux mois avec curetage.

— En 1959 : accouchement naturel à huit mois et demi d'une fille de 3.000 g (mais repos complet durant toute la gestation). Par la suite, une hystérographie manométrique avec ballonnet montre une béance.

— En 1960 : cinquième gestation. Cerclage à trois mois et demi. Accouchement naturel à huit mois et demi d'une fille de 3.700 g.

— En 1961 : sixième gestation dont le début est marqué par des métrorragies et se termine par une F.C. spontanée à la dixième semaine avec curetage.

— En 1962 : septième gestation. Cerclage du col systématique au troisième mois. Accouchement à terme, une heure après la section du fil, d'un enfant vivant de 4.300 g.

Au total :

1) Il y a donc une béance prouvée radiologiquement.

2) Le cerclage est un succès puisque la grossesse fut menée à terme.

3) Il faut signaler ici que les avortements sont précoces, ce qui n'est pas habituel dans les manifestations cliniques de la béance.

• OBS. N° 7 : *Mme DU... Philippine,* trente ans.

Antécédents :

— En 1953 : F.C. spontanée à cinq mois.

— En 1954 : F.C. spontanée à quatre mois et demi.

— En 1955 : F.C. spontanée à quatre mois et demi.

— En 1958 : F.C. spontanée à cinq mois.
Toutes ces F.C. ont abouti à l'expulsion de fœtus vivants.

— En 1959 : une hystérographie est pratiquée, montrant un utérus à éperon. Une intervention de type Strassman est pratiquée.

— En 1960 : cinquième gestation au cours de laquelle un cerclage est effectué à quatre mois et demi, mais sur un utérus contractile. Cette gestation se termine à cinq mois et demi par l'expulsion d'un fœtus de 750 g qui meurt une heure après.

— En 1962 : sixième gestation.

— A quatre mois et demi, cerclage par deux fils de nylon sur un col béant avec une hernie amniotique.

— A six mois et demi, métrorragies brutales avec contractions utérines. Ablation des fils de cerclage ; après rupture artificielle des membranes, on perçoit au T.V. le placenta. Expulsion d'une fille pesant 1.710 g.

Au total :

1) Malgré des antécédents typiques, la béance ne fut pas prouvée radiologiquement.

2) Le cerclage effectué dans des circonstances pas très favorables à notre avis (hernie amniotique) est un demi-succès puisqu'il a permis la prolongation de la gestation de deux mois. Mais l'association à un placenta *praevia* marginal, explique l'aboutissement de la gestation.

• OBS. N° 8 : *Mme BO... Michèle,* vingt et un ans.

Antécédents :

1) Médicaux :

— En 1948 : à l'âge de sept ans, rhumatisme articulaire aigu avec atteinte cardiaque.

— En 1960 : elle est opérée de son rétrécissement mitral.

2) Obstétricaux :

— En 1958 : une première gestation se termine par un avortement thérapeutique à six semaines devant l'atteinte cardiaque.

— En 1959 : cette deuxième gestation se termine à huit mois. Extraction par forceps d'un garçon de 2.200 g.

— En 1961 : accouchement à huit mois. Forceps systématique. Naissance d'un garçon de 2.400 g.

— En 1961 : avortement thérapeutique à deux mois.

— En 1962 : cinquième gestation (la malade refuse l'avortement thérapeutique).
  — A deux mois et demi : gestation d'évolution normale. Bon état cardiaque.
  — A six mois : utérus de volume normal, col court, l'œuf est exposé, on pratique un cerclage dont les suites opératoires sont normales.
  — A huit mois : apparition de contractions utérines avec rupture prématurée des membranes. Ablation des fils du cerclage et extraction par forceps d'une fille de 2.700g.

En résumé :

1) Il s'agit d'une béance cervico-isthmique dont le diagnostic repose sur les antécédents d'accouchements prématurés.

2) Le cerclage fut un succès bien que la gestation se soit terminée à la même date que les accouchements prématurés où l'on n'avait pas effectué de cerclage.

• OBS. N° 9 : *Mme LA... Jacqueline,* vingt ans.

Antécédents :

— En 1961 : accouchement naturel au terme de huit mois d'un garçon pesant 2.760 g.

— En 1962 : deuxième gestation.
  — A cinq mois et demi : utérus de volume normal. Col court et perméable.
  — A six mois deux tiers : le col est court, dilatable à 4 cm. La poche des eaux est bombante : on pratique un cerclage par un fil.
  — A sept mois : accouchement très rapide (durée de travail : deux heures) d'un garçon pesant 2.230 g.

Au total :

1) Il s'agit bien d'une béance de l'isthme, car il y a antécédent d'accouchement prématuré.

2) Le cerclage peut être considéré comme un échec car la gestation n'a été prolongée que de deux semaines. Il est à noter cependant la date tardive du cerclage pratiqué, de plus, dans des circonstances défavorables (poche des eaux exposée).

• OBS. N° 10 : *Mme TE... Marcelle,* vingt-neuf ans.

Antécédents :

— En 1956 : césarienne à terme pour bassin généralement rétréci. Extraction d'un garçon de 3.450 g qui décède quarante-huit heures après d'une méningite purulente.

— En 1960 : césarienne à terme après échec de l'épreuve du travail. Extraction d'un garçon de 3.500 g.

— En mars 1962 : F.C. spontanée de six semaines suivie de curetage.

— En 1962 : quatrième gestation.

— A deux mois et demi : utérus de volume normal. Col court perméable à l'orifice externe. Bilan hormonal normal.

— A quatre mois : col presque complètement dilaté ; la poche des eaux est à la vulve. On pratique un cerclage de détresse. Quarante-huit heures plus tard, expulsion d'un fœtus vivant pesant 300 g. Une délivrance artificielle est pratiquée. Quelques mois après, la béance est confirmée, puisque le col admet le passage d'une bougie de Hégar n° 9.

Au total : Il y a une béance malgré des antécédents atypiques. Le cerclage s'est soldé par un échec.

• OBS. N° 11 : *Mme ZI... Louisa,* vingt-cinq ans.

Antécédents :

— En 1959 : césarienne à terme pour disproportion fœto-pelvienne et souffrance fœtale. Extraction d'un fœtus de 3.010 g.

— En mai 1960 : extraction par forceps à sept mois et demi d'un fœtus de 1.780 g. Rupture de la cicatrice utérine.

— En novembre 1960 : F.C. spontanée de quatre mois avec œuf vivant. Curetage.

— En juillet 1961 : F.C. spontanée de quatre mois avec fœtus vivant. Curetage.

— En 1962 : cinquième gestation.

— L'examen obstétrical à deux mois montre un utérus de volume normal, un col court fermé avec perte de substance au niveau de la lèvre antérieure avec déchirure latérale. Les dosages hormonaux révèlent une insuffisance lutéale du premier degré.

— Un cerclage est pratiqué à deux mois et demi après traitement hormonal.

— A six mois et demi : le col est perméable, le fil de cerclage ne tient plus, la poche des eaux est exposée. On suture les deux lèvres du col au niveau de la déchirure.

— A sept mois : apparition de contractions utérines. Section des fils. Extraction par forceps d'une fille vivante de 1.620 g. Délivrance artificielle et révision utérine systématiquement.

Au total : Il y a une béance isthmique d'origine traumatique. Le cerclage n'est qu'un demi-succès.

• OBS. N° 12 : *Mme BL... Monique,* vingt-cinq ans.

Antécédents :

— En 1961 : F.C. spontanée de trois mois, non curetée.

— En avril 1962 : F.C. spontanée de un mois trois quarts, non curetée.

— En juin 1962 : F.C. spontanée de deux mois, non curetée.
Au cours de ces trois F.C., l'expulsion fut très rapide : une demi-heure seulement.
Les explorations gynécologiques montrèrent à l'hystérographie un utérus bifide, une béance isthmique, une trompe gauche obturée au niveau de la corne et une trompe droite perméable.

— En 1963 : quatrième gestation dont le bilan hormonal pratiqué à un mois montre une insuffisance folliculinique du premier degré. F.C. à un mois et demi.

— En 1964 : cinquième gestation.
  — En début de gestation, on institue systématiquement un traitement hormonal. Mais les dosages hormonaux montrent une insuffisance lutéale du premier degré. Cependant, l'utérus se développe normalement.
  — Au deuxième mois, on pratique un cerclage par deux fils (technique Lacomme).
  — La gestation se termine par une F.C. à deux mois un quart.

Au total : Il y a certes une béance prouvée radiologiquement, mais on constate que les avortements sont très précoces et coïncident avec une insuffisance hormonale. Quant au cerclage, malgré une bonne technique et la date correcte, il s'est soldé par un échec.

• OBS. N° 13 : *Mme AL... Yvette,* trente-trois ans.

Antécédents :

— En 1952 : accouchement naturel à huit mois d'une fille pesant 2.250 g avec un travail très rapide : deux heures.

— En 1956 : accouchement naturel à sept mois et demi d'un garçon de 2.000 g qui meurt le quatrième jour.

— En 1957 : accouchement naturel à huit mois d'un garçon de 2.600 g qui meurt à la vingt-quatrième heure. Le travail fut très rapide : une heure et demie.

— En 1960 : F.C. spontanée d'un mois et demi, non curetée.

— En 1962 : cinquième gestation.
  — A deux mois et demi : utérus de volume normal. Le col est court, fermé. Le bilan hormonal est normal. On décide de faire un cerclage dont les suites sont normales.
  — A huit mois et demi : début des contractions, puis le col est dilaté à 3 cm. Ablation du cerclage. Expulsion d'un fœtus de sexe féminin de 2.900 g.

Au total :

1) Béance isthmique certaine devant les antécédents d'accouchement prématurés.

2) Succès du cerclage.

• OBS. N° 14 : *Mme GA... Paulette,* vingt-quatre ans.

Antécédents :

— En 1958 : F.C. spontanée de deux mois suivie de curetage.

— En 1959 : F.C. spontanée de deux mois suivie de curetage.

— En 1960 : accouchement gémellaire à six mois. Premier fœtus du sexe féminin, 500 g, mort-né. Deuxième fœtus du sexe féminin, 1.050 g, qui décède trois heures après. Une hystérographie pratiquée quelques mois après ne montre aucune anomalie.

— En 1962 : quatrième gestation. Cerclage à quatre mois. Accouchement à huit mois d'un fœtus vivant de 3.240 g.

— En 1963 : au cours du premier trimestre, rien à signaler. Utérus normal. Bilan hormonal normal. On effectue un cerclage systématique au quatrième mois. L'évolution ultérieure est normale, le col est maintenu fermé. A huit mois deux tiers : ablation du cerclage en début de travail. Expulsion d'un fœtus de 3.800 g.

Au total : La béance est douteuse puisqu'il n'y a aucun antécédent clinique évocateur. L'hystérographie ne montre aucune anomalie. Malgré cela, le cerclage a permis de mener une nouvelle gestation à terme ; c'est donc un succès.

• OBS. N° 15 : *Mme LA... Henriette,* vingt-six ans.

Antécédents :

— En 1961 : accouchement naturel à six mois et demi d'une fille de 1.500 g, vivante.

— En 1963 : deuxième gestation.

  — Jusqu'au cinquième mois, rien à signaler : utérus de volume normal ; dosages hormonaux normaux.

  — A cinq mois un quart : un cerclage est pratiqué (faufilage d'un fil de nylon n° 3).

  — A sept mois un quart : présentation du siège ; col court et perméable ; le cerclage ne tient plus, on pratique un deuxième cerclage.

  — A huit mois un quart : ablation du fil en début de travail. Accouchement en siège décomplété (Bracht + Mauriceau) d'une fille de 3.310 g.

Au total : Il y a une béance, dont le cerclage un peu tardif certes, a permis de mener une gestation au voisinage du terme ; donc succès.

• OBS. N° 16 : *Mme A... A... Jacqueline,* vingt-deux ans.

Antécédents :

Rien de spécial, sauf une scoliose depuis l'âge de sept ans.

— En 1963 : première gestation.

— A trois mois deux tiers, on constate : un utérus de volume normal présentant des contractions utérines. Un col long déhiscent. On institue alors un traitement hormonal.

— A cinq mois : le col ayant diminué de longueur malgré un bon développement utérin. *Un cerclage est pratiqué.*

— A terme, le travail débute par une rupture prématurée des membranes : la femme accouche d'un garçon vivant pesant 3.180 g ; une délivrance artificielle avec révision utérine est pratiquée en raison d'hémorragies.

En résumé : Il s'agit d'une béance fonctionnelle. Succès du cerclage.

• OBS. N° 17 : *Mme GU... Colette,* vingt-six ans.

Antécédents :

— En 1959 : F.C. provoquée de deux mois suivie de curetage.

— En 1962 : synéchie utérine opérée par voie basse.

— En 1963 : deuxième gestation.

— Début de gestation tout à faite normale. Mais à quatre mois et demi, l'examen note : un utérus de volume normal pour l'âge de la grossesse ; un col ouvert avec hernie amniotique. On pratique alors un premier cerclage dont le résultat anatomique est peu satisfaisant et est suivi d'un second cerclage quatre jours plus tard. L'évolution ultérieure est satisfaisante.

— A huit mois deux tiers : rupture prématurée des membranes et expulsion quelques heures plus tard d'un fœtus vivant et pesant 3.020 g.

Au total : Il y a une béance certaine puisqu'il y a eu intervention utérine avec préablement une dilatation forcée du col. Le cerclage a permis la prolongation de la gestation jusqu'au voisinage du terme, donc succès.

• OBS. N° 18 : *Mme AD... Jeanine,* trente et un ans.

Antécédents :

Insuffisance aortique découverte à vingt-cinq ans avec greffe d'un Osler trois ans plus tard et oblitération artérielle du membre supérieur droit.

— En février 1964 : F.C. spontanée de quatre mois avec métrorragies et expulsion d'un fœtus qui présente quelques mouvements. Une hystérographie est pratiquée quelque temps après, qui montre : une cavité utérine normale ; une béance probable de l'isthme.

— En septembre 1963 : seconde gestation :

— A trois mois : utérus de volume normal. Col fermé. Métrorragies mais dosages hormonaux normaux. On décide de pratiquer un cerclage sur l'antécédent d'avortement avec fœtus vivant. Suites opératoires simples.

— *Césarienne* à terme avant tout début de travail.

En conclusion :

1) Nous classons ce cas dans les béances probables (car avortement tardif).

2) Le cerclage est un succès.

• OBS. N° 19 : *Mme LE... Joséphine,* trente-deux ans.

Antécédents :

Rétrécissement mitral reconnu depuis l'adolescence.

— En 1956 : première gestation se terminant par un forceps au huitième mois. Extraction d'un enfant vivant pesant 2.320 g.
Infarctus pulmonaire dans les suites de couches. Après la gestation, la femme est opérée de son R.M.

— En février 1963 : amputation du col pour cervicites récidivantes.

— En mars 1963 : deuxième gestation bien supportée malgré l'état cardiaque.

— A six mois un quart : un cerclage est pratiqué devant le col ouvert avec hernie amniotique.

— Césarienne à sept mois et demi au cours du travail pour : modifications des bruits cardiaques fœtaux, tétanisation utérine. Extraction d'un enfant vivant pesant 2.220 g.

En conclusion : Il s'agit d'une béance certaine devant les antécédents : accouchement prématuré et amputation du col.

Le cerclage, malgré une interruption de la gestation, est un demi succès quoique effectué un peu tardivement.

• OBS. N° 20 : *Mme GA... Renée,* vingt-six ans.

Antécédents :

— En 1957 : accouchement naturel à huit mois et demi d'un garçon pesant 3.020 g.

— En 1958 : accouchement naturel à six mois et demi d'un garçon de 1.600 g, décédé douze heures après.

— En 1960 : accouchement naturel à six mois d'un fœtus de 1.300 g. Décès sept heures après.

— En 1962 : avortement spontané à cinq mois et demi. Expulsion d'un fœtus vivant de 1.600 g qui meurt quarante-huit heures après.

— En 1963 : cinquième gestation dont l'examen au cinquième mois note un col ouvert avec une poche des eaux bombante. Un premier cerclage non satisfaisant est suivi d'un second cerclage une semaine plus tard.

— A six mois et demi : utérus de volume normal mais col ouvert et poche des eaux bombante. La parturiente est mise au repos.

— A huit mois : le col est dilaté à 5 cm. Rupture prématurée des membranes suivie vingt-quatre heures plus tard de contractions utérines. Puis accouchement naturel d'un garçon pesant 3.270 g. Le travail est très rapide : cinquante-cinq minutes.

En résumé :

1) Le diagnostic de béance est porté sur les antécédents typiques d'accouchements prématurés.

2) Le cerclage a permis la poursuite de la gestation. Donc succès.

• OBS. N° 21 : *Mme GR... Andrée,* vingt-quatre ans. Primipare.

Antécédents :

R.A.S. Première gestation : consulte à cinq mois trois quarts et l'examen obstétrical objective : H.U. : 29 cm. B.D.C. ⊦. C.U. +. Au toucher vaginal : col court, dilaté de 0,5 cm, présentation céphalique mobile, une poche des eaux bombante.

On pratique un cerclage. Mais à six mois et demi : le travail se déclenche, le col est souple, mince, dilaté à 8 cm. Ablation du fil de cerclage et expulsion d'un fœtus de 1.280 g qui meurt à la trente-septième heure.

Au total : Nous avons classé ce cas dans les béances fonctionnelles et le cerclage pratiqué dans des conditions défavorables (date tardive et présence de contractions utérines) a quand même permis d'obtenir un fœtus vivant. C'est donc un demi-succès.

• OBS. N° 22 : *Mme EG... Micheline,* vingt et un ans.

Antécédents :

— En 1961 : accouchement naturel à six mois d'un fœtus de 1.500 g qui meurt une heure après d'hémorragie méningée.

— En 1962 : deuxième gestation.

— Au cinquième mois : H.U. : 22 cm. M.A. : B.D.C. ⊦. Le col est long, fermé, mais présente une déchirure du bord droit.

— Au sixième mois : H.U. : 24 cm, présentation de siège, col court et perméable, pas de contraction utérine. On pratique un cerclage qui est satisfaisant.

— A sept mois et demi : le travail se déclenche, le col est effacé, perméable, la présentation céphalique est appliquée au détroit supérieur. Aussitôt après décerclage, la dilatation passe à 5-6 cm. Expulsion d'un fœtus vivant pesant 2.720 g.

En résumé : On peut conclure à une béance sur l'antécédent d'accouchement prématuré et au demi-succès du cerclage.

• OBS. N° 23 : *Mme HU... Dany,* vingt-deux ans.

Antécédents :

— En 1962 : accouchement prématuré à six mois d'un fœtus vivant.

— En 1963 : nouvelle gestation.

— Au quatrième mois, on note un utérus supérieur à l'âge de la grossesse, le col est perméable et la poche des eaux est perçue. On pratique un premier cerclage.

— A cinq mois et demi : utérus supérieur à l'âge de la grossesse. Le fil du cerclage a partiellement coupé le col à gauche. Le col est complètement effacé avec poche des eaux bombante. On pratique un second cerclage par un double cercle de fil. Huit jours plus tard, la femme entre en travail et la gestation se termine par un avortement gémellaire avec : premier fœtus de 750 g, vivant, mais décès trois heures après ; deuxième fœtus de 680 g, vivant, mais décès une demi-heure après.

Au total : Il y a une béance à cause de l'antécédent d'accouchement prématuré, mais échec du cerclage qui a été effectué sur une gestation gémellaire.

• OBS. N° 24 : *Mme MO... Jeanne,* vingt-huit ans.

Antécédents :

— En 1957 : accouchement naturel à huit mois et demi d'un garçon de 2.950 g.

— En 1958 : accouchement naturel à terme d'un garçon de 2.800 g.

— En 1959 : avortement spontané à quatre mois suivi de curetage.

— En 1960 : avortement spontané à deux mois et demi. Curetage.

— En 1962 : avortement spontané à deux mois et demi. Non cureté.

— En 1963 : septième gestation.

— A quatre mois : utérus de volume normal, le col est long, ouvert à l'orifice externe et fermé à l'orifice interne. Les dosages hormonaux montrent une insuffisance folliculinique du premier degré. On corrige par un traitement approprié mais on pratique un cerclage.

— L'examen du sixième mois montre que l'utérus est de volume normal, le col est fermé, les dosages hormonaux sont normaux.

— A huit mois un tiers : H.U. : 30 cm. Pas de contractions utérines mais col effacé. On enlève le cercle. Finalement, la femme accouche à terme d'un garçon vivant et pesant 3.650 g.

Au total : La béance est douteuse et, de plus, les dosages hormonaux montrèrent une insuffisance folliculinique, néanmoins le cerclage bien que d'indication discutable, a permis de mener la gestaion à terme.

• OBS. N° 25 : *Mme DI... Christiane,* vingt ans.

Antécédents :

— En janvier 1963 : accouchement naturel à huit mois un tiers d'un garçon vivant pesant 3.550 g.

— En mai 1963 : seconde gestation.

— A quatre mois et demi : utérus de volume normal. M.A. perçus. B.D.C. : 0. Col long déhiscent.
— A cinq mois et demi : col court largement perméable. On pratique un double cerclage.
— A sept mois : lâchage du cerclage ; le col est dilaté comme 5-6 cm.
— A sept mois et demi : expulsion après décerclage d'un fœtus vivant de 2.680 g.

Au total : Il s'agit d'une béance fonctionnelle. Le cerclage s'est soldé par un demi-échec seulement.

• OBS. N° 26 : *Mme LE... Monique,* trente-deux ans.

Antécédents :

— En 1958 : accouchement à six mois et demi d'un enfant pesant 1.200 g qui meurt vingt-quatre heures après.
— En 1960 : accouchement naturel à terme après cerclage pour béance isthmique dont le diagnostic fut posé à l'hystérographie.
— En 1963 : troisième gestation.
  — A deux mois et demi : utérus de volume normal. Dosages hormonaux normaux. Col perméable. *Cerclage au troisième mois.*
  — A cinq mois deux tiers : contractions utérines, douloureuses ; utérus de volume normal ; le col est maintenu fermé. La femme est mise au repos avec un traitement hormonal et antispasmodiques. Episode qui dure quinze jours environ, puis tout rentre dans l'ordre.
  — Au voisinage du terme : décerclage en début de travail. Accouchement naturel d'une fille vivante pesant 2.600 g.

Au total : La béance est certaine, prouvée radiologiquement. Il s'agit ici d'un cerclage itératif puisque une grossesse antérieure fut menée à terme après cerclage, donc succès.

• OBS. N° 27 : *Mme KE... Madeleine,* vingt-trois ans.

Antécédents :

— En 1960 : F.C. spontanée de quatre mois et demi avec révision utérine.
— En 1961 : F.C. spontanée de cinq mois et demi avec révision utérine.
— En 1962 : accouchement prématuré de six mois trois quarts d'un enfant vivant après cerclage.
— En 1963 : quatrième gestation.
  — Au troisième mois : utérus de volume normal, col fermé, dosages hormonaux normaux. Un cerclage est pratiqué.
  — Jusqu'à six mois et demi, la gestation se déroule normalement, puis le travail se déclenche à cette date. Décerclage et accouchement d'un fœtus de 1.610 g, vivant.

Au total : Béance isthmique probable, car on note des antécédents d'avortements tardifs et d'accouchements prématurés. Malgré une bonne technique, la date, de bonnes conditions (absence de contractions utérines, col fermé) dans lesquelles fut effectué le cerclage, la gestation a été interrompue prématurément. C'est donc un demi-succès seulement.

• OBS. N° 28 : *Mme BR... Gisèle,* trente ans.

Antécédents :

— En 1962 : F.C. spontanée de trois mois et demi.
— En 1963 : F.C. spontanée de deux mois et demi.
— En 1963 : F.C. spontanée de trois mois et demi.
— En 1964 : quatrième gestation.
  — Un cerclage est effectué au troisième mois. Les suites sont normales et la gestation se poursuit jusqu'à terme sans histoire.
  — En début de travail, on note un col court perméable et l'ablation du fil de cerclage est pratiquée.
  — Expulsion d'un enfant de sexe féminin pesant 3.750 g.

Au total : La béance est ici douteuse car les antécédents sont atypiques et aucun contrôle radiologique ou instrumental n'a été fait pour le diagnostic. Néanmoins, la gestation est parvenue à terme grâce au cerclage.

• OBS. N° 29 : *Mme PA... Liliane,* vingt-six ans.

Antécédents :

— En 1956 : accouchement naturel à terme mais très rapide d'une fille de 2.300 g (au cinquième mois de la gestation, on a constaté un col ouvert, la femme fut mise au repos, au lit pendant trois mois).
— En 1962 : accouchement prématuré à six mois, *très rapide,* d'un fœtus vivant de 1.100 g qui meurt à la cinquième heure, malgré un traitement hormonal institué en début de gestation et pendant longtemps.
— En 1963 : une hystérographie pratiquée au vingt-deuxième jour du cycle montre une cavité utérine normale. Mais un isthme très large. Le col admet le passage d'une bougie de Hégar n° 7 (au dix-huitième jour du cycle).
— En 1964 : troisième gestation marquée au début par des métrorragies et une insuffisance lutéale du premier degré, objectivée par les dosages hormonaux. Le col est fermé.
  — A deux mois et demi : on effectue un cerclage par un fil.
  — Au quatrième mois : les dosages sont normaux, mais le col est perméable et on constate que le fil du cerclage ne tient plus. On effectue alors un second cerclage.

— Au cinquième mois : la femme entre en travail. L'examen note un col déhiscent, dilatable à 2 cm, avec une poche des eaux bombante et le fil du cerclage ayant lâché. Expulsion très rapide d'un fœtus vivant de 450 g.

Au total : La béance est certaine, prouvée radiologiquement et par les antécédents. Le cerclage s'est soldé par un échec très certainement dû à une technique insuffisante.

• OBS. N° 30 : *Mme RA... Annick,* vingt-cinq ans.

Antécédents :

— En avril 1961 : F.C. spontanée à cinq mois.

— En avril 1963 : accouchement prématuré à six mois. Une hystérographie pratiquée en août 1963 objective une béance isthmique.

— En 1964 : troisième gestation.
  — Cerclage effectué au troisième mois.
  — A six mois et demi de la gestation, le col est effacé mais maintenu fermé par le cerclage.
  — Finalement, la femme accouche sans histoire à terme, après décerclage en début de travail, d'un garçon de 3.500 g.

Au total : Observation démonstrative avec succès éclatant du cerclage.

• OBS. N° 31 : *Mme FO... Renée,* trente-huit ans.

Antécédents :

— En 1947 : F.C. spontanée de trois mois. Curetage.

— En 1955 : accouchement normal à huit mois trois quarts d'un enfant de 2.630 g. Traitement hormonal pendant la gestation pour déficience hormonale globale.

— En 1964 : troisième gestation.
  — A trois mois et demi : utérus de volume normal, col court ouvert à l'orifice externe, dosages hormonaux normaux.
  — A quatre mois et demi : le col est ouvert avec hernie amniotique, la poche des eaux bombe dans le vagin, cerclage du col par un double cercle de fil (les suites opératoires sont normales).
  — A quatre mois trois quarts : la poche des eaux fait à nouveau hernie, les cercles de fil sont lâches, on pratique à nouveau un cerclage par un double cercle de fil.
  — A cinq mois un quart : rupture spontanée des membranes, le col est dilaté à 3 cm. Après décerclage, expulsion d'un fœtus vivant de 830 g.

Au total : Béance fonctionnelle et échec du cerclage vraisemblablement dû à une insuffisance technique.

• OBS. N° 32 : *Mme LA... Elisabeth,* vingt-cinq ans.

Antécédents :

— En 1959 : accouchement naturel à sept mois et demi d'un enfant vivant de 1.200 g.

— En 1964 : nouvelle gestation. L'examen au début de la gestation est normal. Mais, par contre, à quatre mois, on note un col très court, perméable, un utérus de volume normal, un bilan hormonal normal. Le cerclage est effectué à quatre mois et demi (un fil). Les suites sont normales et la gestation se termine à sept mois trois quarts par l'expulsion après décerclage d'une fille de 2.750 g.

En résumé : La béance est probable (car antécédent d'accouchement prématuré) et le cerclage a permis de prolonger de trois mois la gestation, mais ce n'est qu'un demi-succès.

• OBS. N° 33 : *Mme RI... Jeannine,* trente-quatre ans.

Antécédents :

— En 1962 : accouchement naturel, terme dépassé de dix jours d'une fille mort-née pesant 3.300 g.

— En 1963 : avortement spontané de deux mois, suivi de curetage.

— En 1964 : troisième gestation.

  — Au troisième mois, alors que l'examen est tout à fait normal, les dosages hormonaux révèlent une insuffisance lutéale que l'on corrige par un traitement adéquat.

  — A quatre mois et demi : le col est entr'ouvert à l'orifice interne ; les dosages sont normaux. Le cerclage est effectué huit jours plus tard. Le reste de la gestation se poursuit sans incident jusqu'au terme, le col étant bien maintenu fermé ; les dosages effectués à diverses reprises sont normaux. On pratique le décerclage huit jours avant le terme prévu. Finalement, la femme accouche à terme d'un garçon vivant pesant 3.700 g.

Au total : Le diagnostic de béance est douteux mais le cerclage est un succès.

• OBS. N° 34 : *Mme PI... Thérèse,* trente-six ans.

Antécédents :

— En 1954 : forceps à terme. Extraction d'un enfant vivant de 3.850 g (déchirure du col ?).

— En 1962 : avortement à cinq mois et demi. Fœtus vivant (nous manquons de renseignements sur cette gestation).

— En 1963 : une hystérographie montre une cavité utérine normale, mais un isthme très large.

— En 1964 : au quatrième mois de la gestation, on constate un utérus de volume normal, un col court fermé présentant deux déchirures latérales. On pratique un cerclage à quatre mois et demi avec un cercle de fil.

— A cinq mois deux tiers ,le col est long, perméable, et le cercle est peu serré.

— A terme, décerclage en début de travail et accouchement naturel d'un enfant vivant de 3.320 g.

Au total : Le diagnostic de béance est certain (H.S.G.) et le cerclage fut un succès pour la suite de la gestation. Donc, observation démonstrative.

• OBS. N° 35 : *Mme BI... Odette,* vingt-six ans.

Antécédents :

— En 1962 : accouchement naturel à huit mois d'un enfant vivant de 2.940 g (menace d'accouchement prématuré à six mois).

— En 1964 : nouvelle gestation dont l'examen à cinq mois et demi montre :

— H.U. : 24 cm. M.A. +. B.D.C. + ;

— Col long évasé fermé à l'orifice interne ;

— Le doigtier ramène du sang, mais il n'y a pas de contractions utérines. Un cerclage est effectué.

— A sept mois : le col est court mais fermé, la gestation se poursuit normalement. Finalement, à terme, un décerclage est effectué en début de travail. Accouchement d'un enfant vivant de 3.430 g.

Au total : Béance probable (car accouchement prématuré antérieur) et succès du cerclage.

• OBS. N° 36 : *Mme SZ... Nicole,* vingt-cinq ans.

Antécédents :

— En 1964 : col déhiscent constaté à quatre mois et demi. Cerclage effectué à six mois. Accouchement à huit mois deux tiers d'un enfant de 2.600 g.

— En 1965 : cerclage effectué au troisième mois. La gestation se termine par un avortement au terme de quatre mois.

Au total : La béance est très probable, mais échec du cerclage. Les raisons de cet échec ne peuvent être expliquées ni par des conditions défavorables ni par une insuffisance technique.

• OBS. N° 37 : *Mme BI...* vingt-huit ans.

Antécédents :

— En juin 1963 : F.C. spontanée de trois mois.

— En janvier 1964 : F.C. de cinq mois et demi. Enfant vivant à la naissance.

— En 1965 : nouvelle gestation. Présence de métrorragies au début de la gestation. Au quatrième mois : cerclage, mais la gestation se termine quelques jours plus tard par un avortement.

En résumé : La béance est probable car antécédents d'avortement tardif. L'échec du cerclage peut s'expliquer par le fait qu'il a été effectué sur une menace d'avortement.

• OBS. N° 38 : *Mme CA... Josette.*

Antécédents :

— En 1960 : F.C. spontanée de deux mois.
— En 1961 : accouchement naturel à huit mois un tiers.
— En 1962 : F.C. de deux mois.
— En 1963 : F.C. de quatre mois et demi.
— En 1963 : une hystérographie montre une béance isthmique.
— En 1964 : cinquième gestation. Cerclage au troisième mois. Lâchage du fil au cinquième mois. Hernie amniotique. On effectue un deuxième cerclage. Expulsion à cinq mois et demi d'un fœtus vivant de 500 g. Délivrance artificielle pour hémorragies : il s'agissait d'un placenta prævia.

Au total : béance isthmique diagnostiquée radiologiquement, mais échec du cerclage que l'on peut imputer à la présence du placenta prævia.

• OBS. N° 39 : *Mme MA... Michèle.*

Antécédents :

— Première grossesse caractérisée au cinquième mois par un col effacé. Grâce au repos au lit, la femme n'accouche qu'à sept mois et demi.
— Deuxième gestation. Cerclage effectué au quatrième mois. A huit mois un tiers, en début de travail, décerclage. Passage très rapide à la dilatation complète après ablation du fil. Accouchement d'un enfant vivant de 2.600 g.

Au total : La béance est probable, mais c'est un demi-succès du cerclage car la gestation s'est interrompue au huitième mois.

• OBS. N° 40 : *Mme MI...*

Antécédents :

— Première gestation : accouchement normal à terme.
— Deuxième gestation : accouchement prématuré à sept mois.

— Troisième gestation : F.C. de six semaines.

— Quatrième gestation : à cinq mois et demi, col court fermé à l'orifice externe. A six mois, col déhiscent. Cerclage effectué à sept mois et demi. Accouchement normal à terme.

Au total : La béance est douteuse et le cerclage effectué à sept mois et demi est à notre avis une indication erronée, mais a permis cependant de mener la grossesse à terme. C'est donc un succès.

• OBS. N° 41 : *Mme SC... Liliane,* vingt et un ans.

Antécédents :

— Première gestation : extraction par forceps, au terme de huit mois, d'un enfant vivant.

— Deuxième gestation qui se termine à huit mois par l'accouchement d'un enfant vivant, mais le travail fut très rapide.

— Troisième gestation : à six semaines, on constate un orifice externe béant. Le cerclage est effectué. La gestation se termine par un avortement à deux mois et demi.

En résumé : La béance est probable en raison d'antécédents d'accouchements prématurés, mais le cerclage s'est soldé par un échec pour des raisons inexpliquées.

• OBS. N° 42 : *Mme MA...,* trente-huit ans.

Antécédents :

— En 1944 : accouchement normal à terme.

— En 1945 : accouchement normal à huit mois.

— En 1946-1947 : incision du col, puis césarienne à terme.

— En 1948 : avortement à trois mois suivi de curetage.

— En 1949 : deux avortements de trois mois environ avec curetage.

— En 1951 : accouchement normal à huit mois.

— En 1954 : accouchement normal à huit mois et demi.

— En 1957 : avortement de trois mois avec curetage.

— En 1959 : avortement de trois mois.

— En 1960 : avortement de quatre mois.

— En 1964 : avortement de quatre mois et demi.

— En juillet 1964 : une isthmorraphie est pratiquée sur cette béance isthmique.

— En 1965 : nouvelle gestation cerclée à quatre mois, mais avortement spontané à cinq mois et demi.

En résumé : Béance manifeste, mais échec du cerclage.

• OBS. N° 43 : *Mme GA... Gisèle,* trente-huit ans.

Antécédents :

— En 1948 : première gestation. Accouchement naturel à terme. Enfant de 3.530 g.

— En 1965 : deuxième gestation. L'examen du quatrième mois montre : un utérus de volume normal, col perméable sur toute sa longueur, un cerclage est pratiqué à cette date. Les suites sont normales. La poursuite de la gestation s'effectue sans histoire et le col ne subit aucune modification ultérieure. Un décerclage est pratiqué à la date du terme, le col ne se modifie pas après décerclage. Finalement, l'accouchement se produit une semaine plus tard après déclenchement.

Au total : Le diagnostic de béance est plus que douteux. Il n'y a aucun antécédent d'avortement tardif ou d'accouchement prématuré et, de plus, l'absence de modification du col après décerclage plaide en faveur de l'absence de béance. Le cerclage néanmoins est un succès.

• OBS. N° 44 : *Mme LI...*

Antécédents :

— Deux F.C. spontanées à quatre mois caractérisées par l'absence de contractions utérines. Une expulsion très rapide.

— En 1965 : nouvelle gestation. Cerclage systématique au troisième mois. L'évolution se fait sans histoire jusqu'à terme. Décerclage à la date du terme. Deux jours après, accouchement d'un enfant vivant pesant 3.260 g.

En résumé : La béance est probable devant les antécédents d'avortements tardifs, mais le caractère de l'accouchement qui s'effectue deux jours seulement après le décerclage va à l'encontre du diagnostic. D'autre part, on a omis de préciser l'état du col après décerclage, ce que nous déplorons. Néanmoins, le cerclage est ici un succès.

• OBS. N° 45 : *Mme BE... Josiana.*

Antécédents :

— Un avortement provoqué à deux mois et demi, suivi de curetage.

— En 1965 : deuxième gestation. L'examen de cinq mois un quart montre : un col très court largement perméable, un utérus de volume normal pour l'âge de la grossesse. Un cerclage est effectué à cette date. L'examen à huit mois montre un col long et fermé, un utérus développé normalement. Cette femme n'a pas encore accouché.

Au total : Béance douteuse mais succès du cerclage.

• OBS. N° 46 : *Mme PI... Paulette.*

Antécédents :

— En 1960 : une F.C. spontanée de deux mois et demi. Les explorations montrent :
  — une cloison utérine qui est réséquée ;
  — un kyste de l'ovaire droit : ovariectomie ;
  — puis synéchie utérine que l'on opère par voie basse après dilatation forcée du col.
— En 1965, au cours de sa seconde gestation, un cerclage systématique est effectué à trois mois et demi. La gestation se termine à huit mois un tiers par une césarienne faite en début de travail.

Au total : Béance certaine, succès du cerclage puisque la gestation a dépassé le huitième mois.

• OBS. N° 47 : *Mme PI... Thérèse.*

Antécédents :

— Première grossesse : accouchement à terme. Extraction par forceps d'un enfant vivant de 3.850 g.
— Deuxième grossesse : avortement à cinq mois un quart (placenta prævia).
— Une hystérographie, en 1963, montre une cavité utérine normale, mais isthme élargi.
— Troisième grossesse : menace d'avortement au troisième mois. *Cerclage du col* à quatre mois et demi. Accouchement naturel à terme d'un enfant de 3.320 g.
— Quatrième gestation en 1965. L'examen du troisième mois montre un utérus développé normalement et col long fermé. Un cerclage est effectué à trois mois deux tiers (un fil). La gestation se poursuit normalement et, au dernier examen effectué à huit mois et demi, le col était court, fermé. Cerclage en place. Cette femme n'a pas encore accouché.

Au total : Béance dont le diagnostic a été porté radiologiquement. Nouveau succès du cerclage, puisque la gestation a été menée jusqu'à huit mois et demi.

• OBS. N° 48 : *Mme GR... Andrée.*

Antécédents :

— En 1962 : première gestation se terminant par un accouchement prématuré malgré un cerclage (béance fonctionnelle).
— En 1965 : deuxième gestation.
  — Au troisième mois : col long perméable à l'orifice externe. Cerclage systématique par deux fils.
  — A cinq mois et demi : col long mais déhiscent.
  — A sept mois : col court mais fermé.

Au total : Béance certaine dont le cerclage a permis de mener la gestation à terme. Donc, succès.

• OBS. N° 49 : *Mme BR... Elise,* quarante et un ans.

Antécédents :

— En 1963 : première gestation qui se termine par un accouchement naturel à terme d'un garçon de 3.680 g.

— En décembre 1964 : on diagnostique un prolapsus avec une béance du col. Intervention : Manchester + amputation supra-vaginale du col.

— En 1965 : deuxième gestation.
  — Au deuxième mois : utérus de volume normal. Dosages hormonaux normaux.
  — A deux mois trois quarts : cerclage du col (faufilage d'un fil).
  — Au cinquième mois : col déhiscent, lâchage du cercle. On pratique un deuxième cerclage.
  — A huit mois trois quarts : césarienne systématique en début de travail. Extraction d'un enfant vivant de 3.140 g.

En résumé : Béance certaine (consécutive à une intervention ayant porté sur le col). Succès du cerclage.

• OBS. N° 50 : *Mme L... Gladys,* trente-quatre ans.

Antécédents :

— En 1964 : première gestation. Accouchement normal à huit mois et demi d'un garçon vivant pesant 3.190 g.

— En 1965 : deuxième gestation.
  — Au cinquième mois : présence de contractions utérines, le col est déhiscent, on met la femme au repos et à un traitement de progestérone.
  — Au sixième mois : le col a diminué de longueur, son orifice externe est perméable et son orifice interne ouvert à la pulpe du doigt. Persistance de quelques contractions utérines. Cerclage décidé et effectué par faufilage d'un fil.
  — A huit mois un quart : accouchement naturel d'un enfant vivant de 2.680 g.

Au total : La béance est douteuse, mais le cerclage effectué tardivement, à notre avis, a quand même permis de gagner plus de deux mois. Donc, succès.

• OBS. N° 51 : *Mme HA... Bernadette,* trente-quatre ans.

Antécédents :

— En 1962 : première gestation. Accouchement naturel au terme de huit mois d'un garçon vivant et pesant 2.800 g.

— En 1963 : deuxième gestation. Accouchement naturel à sept mois d'une fille vivante de 2.100 g. Le travail fut très rapide.

— En 1963 : une hystérographie montre une béance isthmique.

— En 1965 : troisième gestation. A trois mois et demi : utérus de volume normal, col perméable. Cerclage effectué à cette date par faufilage d'un fil. La gestation se poursuit normalement et sans incident.
Au voisinage du terme : accouchement naturel après décerclage d'un enfant vivant pesant 3.670 g.

En résumé : Béance prouvée radiologiquement et avec antécédents typiques. Succès éclatant du cerclage, observation démonstrative.

• OBS. N° 52 : *Mme DO... Alice,* trente-trois ans.

Antécédents :

— En 1961 : accouchement naturel à terme d'un garçon vivant pesant 3.280 g.
— En 1964 : accouchement naturel à sept mois trois quarts d'une fille vivante pesant 2.750 g.
— En 1965 : troisième gestation dont le terme est prévu le 22 février 1966.
— Au sixième mois : on constate que le col est long et perméable.
On pratique un cerclage.
— A huit mois : utérus de volume normal, col long et perméable.

Au total : Le diagnostic de la béance est douteux malgré un antécédent d'accouchement prématuré, car au cours de cette troisième gestation, le col ne subit aucune modification à des examens successifs. Le cerclage, bien qu'effectué tardivement (sixième mois), a néanmoins permis de prolonger la gestation de deux mois trois quarts. Donc, succès.

ETUDE ANALYTIQUE

— I —

Dans cette étude, nous avons classé nos 52 observations en quatre catégories :

- **Béance indiscutable**

a) C'est-à-dire lorsque le diagnostic a été fait soit en utilisant le critère radiologique grâce à l'hystérographie seule ou à l'aide de l'hystérographie manométrique, soit au total 12 cas.

b) La béance est également indiscutable lorsqu'elle est prouvée par le calibrage du col (1 cas).

c) Dans un autre groupe, nous avons les béances chirurgicales : ce sont celles qui reconnaissent pour étiologie une intervention ayant porté sur le col, soit 5 cas se répartissant ainsi :

1) Par dilatation forcée du col (pour synéchie utérine) : *obs.* *n*^{os} *17* et *46*.

2) Par amputation du col : l'une pour « cervicite récidivante » (*obs. n° 19*), mais il faut noter que cette observation est particulière car nous manquons de précisions sur le type d'intervention qui a été pratiqué. Néanmoins, la constatation d'une hernie amniotique au cours de la gestation qui suit l'intervention permet d'avancer l'hypothèse d'une lésion du sphincter de l'orifice interne, contrairement à ce que l'on aurait pu attendre.

L'autre pour cure de prolapsus : *obs. n° 49*.

3) Soit par incision du col (pour dystocie cervicale) (*obs. n° 42*). Cette incision fut suivie d'une césarienne. On peut supposer que ce geste thérapeutique a dû léser le sphincter puisqu'il s'ensuivit une cascade d'avortements et d'accouchements prématurés.

- **Béances vraisemblables**

La seconde catégorie groupe les béances vraisemblables, c'est-à-dire celles dont les antécédents sont très évocateurs ; ce sont :

1) D'une part les accouchements prématurés : 13 cas (*obs. n*^{os} *2, 8, 9, 11, 13, 15, 20, 22, 23, 32, 35, 41, 48*). La symptomatologie en est typique et les dates d'expulsion varient entre cinq et huit mois, et toujours le fœtus était vivant. Ceci indépendamment de conditions pathologiques telles qu'une insertion basse du placenta.

2) D'autre part, les avortements qui sont presque toujours tardifs mais typiques dans leur symptomatologie : ils sont tardifs, rapides, relativement indolores et aboutissent à l'expulsion de fœtus vivants. Ces avortements se produisent toujours entre quatre mois et demi et cinq mois et demi, et presque dans tous les cas où cet examen a été pratiqué *les dosages hormonaux sont normaux* (*obs. n*^{os} *4, 7, 18, 27, 37, 44*).

- **Béances probables**

Dans une troisième catégorie, nous avons groupé les béances probables : sous ce terme, nous entendons les béances que l'on n'a pu vérifier parce qu'elles étaient constatées au cours de la gestation et dont les antécédents n'étaient pas typiques. Ce sont pour la plupart des *béances fonctionnelles*. La plupart d'entre elles sont constatées au cours de la seconde gestation, plus rarement au cours de la première (*obs. n*^{os} *16, 21, 25, 31, 36, 39, 40, 45, 50, 52*).

- **Béances douteuses**

Dans la dernière catégorie, nous avons classé les béances douteuses : ici l'exploration radiologique est normale, ainsi que le calibrage du col. De plus, les antécédents sont atypiques ou même absents et il n'y a aucune modification du col au cours de la gestation. Il faut noter en particulier que les dosages hormonaux sont parfois perturbés dans cette catégorie, ce qui serait en faveur d'un autre diagnostic que celui de béance du col.

EN RESUME

Nombre de cas : 52	*Nombre de cas*	*Numéros des observations*
1) *Béance indiscutable :*		
a) Basée sur les critères radiologiques, H.S.G., manométrie	12	1, 3, 5, 6, 12, 26, 29, 30, 34, 38, 47, 51
b) Calibrage du col	1	10
c) Après intervention portant sur le col ..	5	17, 19, 42, 46, 49
2) *Béance vraisemblable :*		
Antécédents typiques		
a) Sur antécédents d'accouchements prématurés	13	2, 8, 9, 11, 13, 15, 20, 23, 32, 35, 41, 48
b) Sur antécédents d'avortements tardifs ..	6	4, 7, 18, 27, 37, 44
3) *Béance probable* (fonctionnelle) :		
— Modifications du col pendant la gestation	10	16, 21, 25, 31, 36, 39, 40, 45, 50, 52
4) *Béance douteuse :*		
— Radiographie normale	5	14, 24, 28, 33, 43
— Les antécédents atypiques ou absents		
— Les dosages hormonaux normaux ou perturbés — aucune modification du col au cours de la gestation		

— II —

Considérons maintenant les résultats du cerclage effectué dans différentes catégories. Pour juger du résultat du cerclage, nous avons pris les critères suivants :

- **Succès**

Nous considérons qu'il y a succès lorsque après le cerclage la grossesse est menée à terme ou au voisinage du terme avec expulsion d'un enfant vivant.

Nous avons dénombré 30 succès (*obs. n^os 1, 2, 5, 6, 8, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 28, 30, 33, 34, 35, 40, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52*); soit, pour 52 cas : 57,6 % de succès global.

- **Demi-succès**

Le cerclage a permis la poursuite de la gestation, mais celle-ci s'est interrompue prématurément mais au moins un mois après le cerclage avec expulsion d'un enfant vivant.

Soit au total 10 cas (*obs. n^os 3, 7, 11, 21, 25, 27, 32, 39*), d'où un pourcentage de 19,2 %.

- **Echec**

Nous considérons qu'il y a échec lorsque l'expulsion de l'œuf a lieu de quelques jours à trois semaines après la date du cerclage.

Il y en a 12 cas (*obs. n^os 4, 9, 10, 12, 23, 29, 31, 36, 37, 38, 41, 42*), soit pour 52 cerclages : 22,6 %.

Considérons maintenant les résultats selon les catégories vues précédemment :

1) *Béance indiscutable :* 18 cas

— Succès	11 cas	soit 13 succès
— Demi-succès	2 cas	
— Echecs	5 cas	soit 5 échecs

2) *Béance vraisemblable :* 19 cas

— Succès	9 cas	soit 14 succès
— Demi-succès	5 cas	
— Echecs	5 cas	soit 5 échecs

3) *Béance probable :* 10 cas

— Succès	5 cas	soit 8 succès
— Demi-succès	3 cas	
— Echecs	2 cas	soit 2 échecs

4) *Béance douteuse :* 5 cas

— Succès	5 cas
— Echec	0 cas

Au total : on voit que les résultats sont moins bons que ceux des autres auteurs. Nous obtenons globalement 75 % de succès alors que les autres auteurs signalent plus de 80 %.

Lacomme et Palmer : 80 % de succès sur 52 cas.

Shirodkar, en 1957, 36 succès sur 40 cas, soit 90 %. E. Hervet, plus de 80 % de succès en moyenne (*Rapport du XIX Congrès*).

Nous verrons, dans une autre partie, la cause des échecs expliquant ce chiffre inférieur aux chiffres publiés.

D'autre part, nous remarquons des chiffres paradoxaux tels que les succès obtenus par cerclage dans les béances douteuses.

Apparemment, le cerclage n'a aucun rôle néfaste sur la gestation, même lorsqu'il n'est pas indiqué, puisque nous n'enregistrons aucun échec.

Ceci serait donc en faveur de l'innocuité du cerclage.

ETUDE CRITIQUE

Considérons le nombre des échecs : nous en notons 12 cas, soit donc un peu plus de 23 %. Ces échecs, bien que nombreux, peuvent s'expliquer ainsi :

1) Les indications étaient mal posées : il y en a 3 cas. Le cerclage a été effectué alors qu'il y avait un œuf pathologique :

— dans 1 cas, il y avait un *placenta prævia* (*obs. n° 38*);

— dans un autre cas, on constate un *hydramnios* au cours d'une grossesse gémellaire (*obs. n° 23*);

— une autre mauvaise indication est le cerclage effectué lors d'une menace d'avortement (*obs. n° 37*).

2) Dans le second groupe, les indications étaient bien posées, mais :

a) On note une insuffisance technique dans l'exécution du cerclage : cas de l'*observation n° 29* où, malgré un second cerclage, la gestation s'est soldée par un avortement.

b) Le cerclage a été fait « à chaud », c'est-à-dire tardivement (*obs. n°s 9, 10, 31*); il y avait une hernie amniotique importante. Signalons toutefois que, dans l'*observation n° 31*, outre la hernie amniotique, il y avait en plus une insuffisance technique.

c) Dans une autre catégorie, on note la présence de contractions utérines au moment du cerclage (*obs. n° 4*). Donc, la menace d'avortement était certaine et le cerclage inutile.

d) Par contre, dans 3 observations, on ne peut expliquer l'échec du cerclage (*obs. n°s 12, 36, 41*).

3) Il faut signaler un cas particulier : celui de l'*observation n° 42.*

L'indications du cerclage était bien posée, la béance indiscutable : il y avait des lésions anatomiques étendues. Peut-être pourrait-on expliquer l'échec par une endométrite chronique, une altération de la muqueuse utérine : la malade avait présenté 7 avortements suivis à chaque fois de curetage.

Au total,

Les indications thérapeutiques

Nous voyons, d'après l'étude des échecs de cerclage, que les indications thérapeutiques doivent être minutieusement posées.

En effet :

« Avant de prendre une décision opératoire, on ne saurait trop répéter la nécessité d'éliminer toute autre cause médicale, hormonale en particulier. * »

Ces indications peuvent se résumer ainsi :

1) EN DEHORS DE LA GESTATION

En cas de béance certaine, prouvée radiologiquement et par le calibrage du col ou même lorsque les antécédents sont typiques, le cerclage s'impose. Ces antécédents typiques, nous avons vu leurs caractères.

Mais on ne cerclera en dehors de la grossesse que dans des circonstances particulières :

a) Devant les béances cervico-isthmiques traumatiques avec déchirures remontant jusqu'à l'isthme qui demandent une intervention restauratrice type trachélo-isthmoplastie ou trachélo-isthmorraphie.

b) Devant des troubles gynécologiques particuliers tels que stérilité, troubles des règles (*Thèse* de Schébat), où le cerclage pourrait faciliter la fécondation et éviter la récidive de l'infection endométriale.

On a reproché à ces cerclages en dehors de la grossesse d'être responsables d'une certaine infertilité et surtout on risque de cercler ainsi des œufs de mauvaise qualité qui s'évacueront dans les trois premiers mois.

Pour notre part, nous n'avons aucune observation qui nous permettre de prendre position.

(*) E. Hervet, J. Huguier, *XIX^e Rapport du Congrès de Gynécologie-Obstétrique,* 1961, p. 13.

II) PENDANT LA GESTATION

a) La date :

Après maintes discussions, tous les auteurs sont d'accord pour cercler pendant la gestation.

Il nous faut distinguer deux cas :

— *Le cerclage prophylactique :* il n'y a aucune menace actuelle d'interruption de la grossesse, mais le diagnostic est certain (devant les examens radiologiques et manométriques) ou vraisemblable devant les antécédents types d'accouchements prématurés ou d'avortements tardifs. Ce cerclage est effectué au début du second trimestre à l'époque où les avortements d'origine hormonale ont déjà eu lieu, mais avant que ne se manifestent les signes de béance (d'où une fragilité des membranes par injection).

— *Le cerclage d'urgence* ou « à chaud », que l'on entreprend en cas de détresse. Le cerclage est effectué alors que la béance se manifeste de façon indiscutable (col béant, hernie amniotique). Dans ces cas, les résultats sont pour la plupart désastreux et ceci pour tous les auteurs.

Pour notre part, nous notons :

— Sur 52 observations de cerclage, il y eut 9 cerclages de détresse qui se sont soldés par 4 échecs (*obs. n*^{os} *8, 9, 10, 17, 19, 20, 21, 23, 31*). Ces cerclages ont été effectués entre quatre mois et demi et six mois deux tiers.

Donc, le cerclage d'urgence n'est qu'un pis-aller auquel il ne faut recourir que la main forcée, en sachant combien le résultat est aléatoire.

Il faut tenter malgré tout le cerclage, puisqu'il permet de sauver un œuf sur eux.

b) Les indications :

Le cerclage est indiqué devant :

— Les béances prouvées soit d'une façon radiologique ou instrumentale, manométrique, c'est ce que nous avons appelé « les béances indiscutables ».

— Les béances non prouvées mais dont les antécédents sont évocateurs, c'est-à-dire avec avortements tardifs stéréotypés et accouchements prématurés. Nous les avons groupés sous la rubrique « béances vraisemblables ».

— Les béances révélées au cours de la gestation, le plus souvent chez des primipares ou des multipares après un accouchement nor-

mal ; on constate chez elles des modifications du col au cours de la nouvelle gestation : c'est le groupe des « béances fonctionnelles ». Nous avons vu les résultats du cerclage dans les différentes catégories. Mais doit-on cercler tous les cols pathologiques et déhiscents ? Ce n'est pas notre avis, et nous dirons avec E. HERVET et J. HUGUIER :

« ... mais de là à conclure que, sans elles, ces grossesses se seraient interrompues, il y a un pas que tous n'acceptent pas de franchir ».

Cette opinion est également confirmée par les résultats de l'Ecole Lyonnaise (*Thèse* de J.-C. COUTURIER, Lyon, 1963) qui avec le simple repos contrôlé sans cerclage du cinquième au neuvième mois, sur 17 observations, obtient 16 enfants vivants.

c) LES CONTRE-INDICATIONS :

— Il en est une absolue : c'est la *menace d'avortement* marquée par des métrorragies, des contractions utérines, au cours de laquelle le cerclage est inutile, pouvant même précipiter les choses. C'est le cas des *observations n*^{os} *4* et *37*.

— La seconde est la présence d'un *placenta prævia* si l'on se reporte à l'*observation n° 38 ;* on constate que le cerclage n'a pas empêché l'expulsion fœtale, alors qu'on pouvait s'attendre à un succès (par rôle mécanique, évitant alors le tiraillement des membranes).

— La troisième contre-indication est l'évolution d'une *gestation pathologique* telle qu'un hydramnios ou une gestation gémellaire. Dans ce dernier cas, nous savons que le plus souvent on aboutit à un accouchement prématuré (*obs. n° 23*). Et le cerclage dans de telles conditions aboutit inévitablement à un échec.

— La dernière n'est pas une contre-indication à proprement parler : c'est *le cerclage après sept mois et demi* quelles que soient les conditions locales. En effet, le cerclage dans ce cas ne change rien au pronostic, c'est ce que nous montre l'*observation n° 40*. A cette date, le fœtus est suffisamment viable, relativement, et vraisemblablement la gestation se serait poursuivie assez longtemps pour avoir un fœtus valable sans aucune intervention.

III) DANS LES BEANCES DOUTEUSES

Nous avons vu que, dans les 5 cas, le cerclage avait été suivi de succès. Ceci prouve l'innocuité du cerclage du col puisque les grossesses ont évolué jusqu'à terme. Mais il faut faire une remarque

à propos de ces 5 observations : dans les antécédents de plusieurs observations, on notait de nombreux avortements. Peut-on, dès lors, proposer un cerclage chez les femmes présentant dans leurs antécédents une cascade d'avortements précoces. Nous ne faisons que poser la question, car nous manquons d'éléments pour y répondre.

CONCLUSIONS

I. — La béance cervico-isthmique est une affection relativement fréquente lorsqu'on la recherche avec soin. Nous rapportons 52 observations recueillies en six ans à la Maternité Aldolphe-Pinard pour un total de 14.400 accouchements. Ce qui représente environ 0,4 %.

II. — Nous les avons classés en quatre catégories :
— béances indiscutables ;
— béances vraisemblables ;
— béances probables (ou fonctionnelles) ;
— béances douteuses.

III. — Le cerclage, pratiqué de préférence à la fin du troisième mois de la gestation, a donné 75 % de succès, chiffre inférieur aux données classiques.

IV. — Les résultats sont fonction :
— de la précision des indications ;
— du respect de quelques contre-indications absolues ;
— d'une technique correcte.

V. — Malgré son innocuité et sa simplicité, le cerclage doit être réservé aux béances indiscutables.

Vu, le Doyen :

BROUET

Vu, le Président de Thèse :

LEPAGE

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :

ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

BURTHIAUX (R.), NEUMANN (E.), NOEL (M.). — Observation clinique ; signification du cerclage du col. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, novembre-décembre 1962, 14, n° 5, 702.)

CHARTIER (M.). — De certaines causes locales de l'avortement à répétition et en particulier de la béance de l'isthme utérin (leur traitement chirurgical). (*Thèse*, Paris, 1952.)

COUTURIER (J.C.). — Traitement des interruptions prématurées de la grossesse par hypotonie de l'isthme utérin. (*Thèse*, Lyon, 1963, 31.)

DELLEPIANE (G.) et SELIQUINI (P.N.). — Quelques considérations sur la pathologie et la clinique de la béance de l'isthme. (*Gyn. Obst.*, t. 61, n° 2, 210-229, bibliogr.)

DUBOIS (J.). — Les béances de l'isthme à manifestation tardive. (*Gyn. Obst.*, t. 61, n° 5, 696-703.)

GREEN-ARMYTAGE (V.B.), MAC CLURE BROWNE (J.C.). — Avortements habituels dus à une insuffisance de l'orifice interne du col. (*Brit. Méd. J.*, 20 juillet 1957, n° 5037, 128-131, Bibliogr.)

HERVET (E.) et TROCELLIER (R.). — Grossesse et accouchement chez les femmes porteuses de cicatrices génitales. (*Encycl. Méd. Chir. Obst.*, 5047, t. 10, pp. 5-8.)

HERVET (E.). — Les interruptions de grossesses par béance du col utérin. (*Rev. Praticien*, 21 mai 1961, n° 15, 1531-1537.)

HERVET (E.) et HUGUIER (J.). — La chirurgie du col. (*Rapport du XIX^e Congrès de Gyn. Obst.*, Nancy, 1961. — *Bull. Féd. Gyn. Obst.*, 1961, t. 13, n° 4 bis.)

LACOMME (M.). — Pratique obstétricale. T. 1, pp. 1106, 1485.

LACOMME (M.), PALMER (R.), LE LORIER (G.), KLEIN (M.M.), DUPAY (A.). — A propos des accouchements prématurés habituels ; 39 observations d'insuffisance cervico-isthmique, 39 cerclages. (*Bull. Féd. Soc. Gyn.*, 1959, II, n° 4 bis, 374-376.)

LACOMME (M.), LE LORIER (G.). — A propos de 72 observations de cerclage du col. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1960, 12, 404, 391-392.)

LASH (A.), LASH (E.R.). — Avortement habituel, l'incompétence de l'orifice interne du col de l'utérus. (*Am. J. Obst. Gyn.*, janvier 1950, 59, n° 1, 68-69.)

LASH (A.). — L'incontinence de l'orifice interne du col utérin. Les complications après une cure chirurgicale. (*Am. J. Gyn.*, mars 1961, 81, n° 3, 465-471. Bibliogr.)

LEPAGE (F.), RAVINA (J.H.). — Indications et résultats du cerclage du col. (*Maternité*, 1965, 14, n° 9.)

LEPAGE (F.), RAVINA (J.H.). — Indications du cerclage du col. (*Entretiens de Bichat*, 1965.)

MERGER (R.). — Précis d'obstétrique, p. 235.

NEUMANN (E.), BERNARDIN (D.). — La place du cerclage dans le traitement des béances cervico-isthmiques, à propos de 55 observations. (*Gyn. Obst.*, 1963, t. 62, n° 3, 355-364.)

PALMER (R.), CHARTIER (M.). — Les avortements par dilatation de l'isthme et leur traitement. (*Médico*, 24 septembre 1959, n° 10, 421-532.)

PAUL (N.). — Le cerclage cervico-isthmique. A propos de 54 observations. (*Thèse*, Lyon, 1963, 76. Bibliogr.)

PAYAN (H.). — Les maladies de l'isthme utérin. (*Thèse*, Lyon, 1949.)

RUBOVITZ (F.E.), COOPERMAN (N.R.), LASH (A.F.). — Avortement habituel : une technique radiographique pour mettre en évidence l'insuffisance de l'orifice interne du col de l'utérus. (*Am. J. Obst. Gyn.*, août 1953, 66, n° 2, 269-280. Bibliogr.)

SCHEBAT (Cl.). — Existe-t-il des troubles gynécologiques par béance du col en dehors des accidents gravidiques. (*Thèse*, Paris, 1964. Bibliogr.)

SHIRODKAR (V.N.). — Traitement chirurgical de l'avortement habituel. Tendances actuelles en gynécologie et obstétrique. (*Congrès de Genève*, 1954, 545-549.)

— New method of operative treatment for habitual abortion in second trimester of pregnancy. (*Antiseptic*, 1955, 52, 299.)

TIAR (L.). — Les cerclages illogiques du col utérin. (*Thèse*, Paris, 1964, 1008, Bibliogr.)

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIV^e